

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|---------------|------------|------------|
| 事業所番号 | 1173800432 | | |
| 法人名 | 株式会社 メデカジャパン | | |
| 事業所名 | 加須グループホームそよ風 | | |
| 所在地 | 埼玉県加須市平永939-4 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年7月7日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年10月7日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 ケアマネージメントサポートセンター | | |
| 所在地 | 埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号 | | |
| 訪問調査日 | 平成23年7月26日 | | |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者様の状態を常に把握し、状況に応じて支援をしていきます。
また、状態の悪いときなどは早めの受診を心掛け、長期の入院にならないように変化を見逃さない努力を行なっています。
職員は、多くの研修に参加し、自己のスキルアップに努めています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

職員全員が、常に利用者寄り添い、個々の利用者の力を引き出せるよう取り組まれている。職員は、どんなに小さなことでも気づいた事を伝えあうことで、利用者の情報を共有されている。入所時、状態が重く、意思の疎通も困難で車椅子使用だった利用者が、職員全員が一丸となってかかわった結果、今では一人で歩行し、コミュニケーションもきちんと取れるようになるなど、効果的な質の高い取り組みが行なわれている。
平成21年度の目標達成計画の取り組みに於いて、運営推進会議を活かした介護教室が開催され、地域の方々への認知症への理解を深める活動が行なえたこと、また、介護計画とモニタリングについても、個別ファイルを作成し、職員全員で情報共有できる仕組みが整えられたことで、利用者の心身状況がよりいっそう把握でき、チーム力向上へと繋がったことから、目標を達成されている。一方、災害対策は、備蓄の用意や、今回の地震の際には近所の人々が駆けつけてくれるなど、近隣の協力が不可欠との認識がなされ、合同訓練も予定されていることで、新たな取り組みが行なわれている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています (参考項目:9,10,19) | ○ | 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20) | ○ | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 | 職員は、生き生きと働けている (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | | |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|--|--|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 法人統一の基本理念、介護サービスの基本方針を全体会議にて提唱している。また、事業所独自の地域密着型サービスとしてのケアに則した理念も掲げている。 | 職員会議やユニット会議等で情報を共有され、利用者がその人らしく、笑顔で暮らし続けられるように事業所、家族、地域が一体となって支える理念に沿ったケアが日常的に実践されている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している | 散歩時には、地域の方とも会話をし、野菜等を頂ける関係にもなっている。また、小学校行事にも参加させて頂いている。 | 地域のゴミ拾いや缶拾いに参加したり、介護教室を開催する中で、事業所が周知されてきている。小中学校の児童や高校生のボランティアを受け入れ、太鼓を披露したり、地域貢献を進めていくための関係作りに努められている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 介護教室を開催し、地域の方や家族の方へ、認知症の理解を深める支援を行なっている。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 22年度は6回の会議を開催している。その中で、事業所の報告をしたり、事例検討会を開くなどの取り組みをし、意見交換会を図っている。 | 定期的に開催され、事業所の報告のほか、参加者からも意見・提案が行なわれている。介護教室を開催し、認知症への理解が深められていくなど開かれた事業所を目指し、積極的な情報発信を行うことで、運営推進会議を活かした取り組みが進められている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる | 運営推進会議へ必ず行政から参加して頂いている。その他、生活保護者の受け入れについても接触的に連絡をしている。 | 市の担当者が事業所に来られたり、相談にのってもらったり良好な関係が築かれている。市町村合併で広域になったことで、より一層、行政との連携を図るための構築がなされている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 交通量が多い為玄関は施錠されているが他は、職員間で話し合い開放している。 | 認知症を理解することで、身体拘束をしないケアに努められている。日常のケアの中で気づいた言葉の拘束についてなど、勉強会等で共有・理解され、実践されている。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 研修会に参加すると共に、勉強会を開催し防止に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|--|---|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 成年後見制度について研修し、今後相談があった場合や入居者様の状況に合わせて対応していく。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約書・重要事項説明書に則り、説明をすると共に、疑問点には必ず返答している。十分な説明をしてから締結等を行っている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている | 家族会を定期的に開催して、意見や要望を出して頂き、運営に役立てている。 | 定期的に家族会を開催し、要望や意向の把握に努められている。特に食事会では、なごやかな雰囲気の中で、様々な意見を聴くよい機会となっており、運営にも活かされている。また、震災後、その対応についての様々な提案もなされている。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 毎月1回、必ず各ユニット・全体会議を通して意見交換を行っている。 | 職員からの意見・提案が言いやすい環境が作られており、ユニット会議や職員会議等で意見交換がなされている。介護教室開催や職員募集の方法についても具体的な提案があり、よい結果が生み出されている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | 契約更改時に面談をし、業務についての評価を一緒に行っている。又、悩みなども聞き、業務の整備に役立てている。介護福祉士の受験に取り組むように薦めている、 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 内外の研修の参加、又研修報告を行い水平展開している。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | グループ施設間での意見交換会の開催での参加。また、グループホーム協議会を通じて他施設との情報交換などを行っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|-----|--|---|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 不安感を抱かせないように耳を傾け声掛けし、要望を伺うよう努めている。また、その要望に出来るだけ沿うように支援を行っている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 家族が困っている事や不安な事を細かく傾聴し、サービスの導入につなげている。又、利用者との関係においても出来るだけ多くの情報を聞き取り、支援方法に役立てている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 何が必要か、必要でないか沢山の情報を収集し支援方法を検討している。又、訪問歯科や協力病院の往診についても説明している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 日々の生活の中で利用者様から教えられたり励まされたり共に支えあえ合う関係に努めている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 本人の毎月の現状報告をし、又、来所時に口頭で伝えると共に文書に残している。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている | 今までの交友関係を断ち切らないように、出来るだけ面会等に来ていただくように支援している。 | 昔からの友人・知人が事業所を訪れ、利用者と談笑されたり、利用者が利用していた理髪店の方が、事業所に来てくれるようになった。馴染みの人と出会う機会を多く持つために、地元の行事に外出支援と合わせて、利用者が出かけて行くことも検討されている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 同調できる方同士での席順の確保職員の声掛け、呼びかけによる配慮に努める。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 入居時の写真を送付させて頂いたり、退去後の様子などを伺い、悩みを助言をさせて頂いている。 | | |
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している | カンファレンスなどを開き職員同士の話し合いの実施、又、日頃から利用者の思いを理解するよう取り組んでいる。 | 利用者が発した言葉を聴き逃さないように心がけている。また、職員側から積極的に様々な話を投げかけることで、意向を把握し、利用者の身体能力が向上した例もあり、利用者一人ひとりの思いを汲み取るよう努められている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 本人と家族や親類など面会者からの話を聞き、内容を把握し判断してケアに結び付けている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | バイタル測定(2回/1日)・水分補給や排泄状況・食事量等の健康管理を始め、本人の生活歴を知ることによって趣味などを把握し、現状で何が出来るのかを知り支援をしている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | カンファレンスを行い出来るだけ本人の意向に沿った計画を進める。 | 個人別のファイルを作成し、書式を統一したことで、申し送りがきちんと伝わるようになった。職員全員が利用者の様子や現状を把握できる状況が整えられ、チーム力向上へとつながり、介護計画にもその効果が反映されている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 支援記録以外にも個人の申し送り表を活用し、意見交換をして見直している。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる | その時の状況に応じて、他施設への入所の方法や、入所できる施設と一緒に探していく事など、様々な支援に取り組んでいる。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---|--|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している | 常連の床屋に施設に来て散髪してもらったり、マッサージ師による施術を自費にて施設内で受けれるようにしたりと、地域との交流を大切にすると共に、一人ひとりの希望に沿うように支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 月2回のかかりつけ医師の往診があり、家族の希望に応じてかかりつけ医に変更している。その他のかかりつけ医には、受診時に近況報告書を作成し、家族へ渡してもらい診断をしていただいている。 | 通院時の情報は、「状況報告書」を活用し、事業所、家族、医療機関で伝達しあっている。また、緊急時や専門病院受診の際にも、きちんと連携がとられ、情報を共有する仕組みが整えられている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 加須ケアセンターそよ風の看護師との連携をとり、分からない点があった時などは助言を受けている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 常に病院関係者と空き情報などの情報交換を行っており、入院時においても状況の把握に努めており、こちらで受け入れられる状態を説明し、出来るだけ早期の退院につなげている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 重度化の場合を考慮し、家族会等で終末期における検討を行っている。その中でも、昨年度より訪問看護の導入を検討している所ではあるが、現状はまだ導入していない。 | 家族会や面会時に、家族からの要望を確認し、事業所の方針も伝えられている。最後まで事業所で見ていきたいという方針を踏まえ、訪問看護導入の可否についても、家族からアンケートを聴取し検討していく予定である。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 講習会の参加、又、定期的の会議時における訓練の実施を行っている。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 災害時における行動手順書もあり対応出来るよう訓練・勉強会をしている。また、近隣の方へ緊急時の協力を仰いでいる。 | 運営推進会議や職員会議等で話し合わせ、消火器の使い方や避難誘導訓練なども実施されている。近隣の協力が不可欠と認識され、消防署や近隣の方に運営推進会議に参加してもらい、具体的な連携方法を講じることが今後の課題である。 | 災害は予測不可能なことで、職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、地域住民との合同訓練、災害時協力者の確保に向けた積極的な取り組みを期待したい。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている | その人らしいあり方を探索し、いつでもどこでもその人らしく生活できるよう対応を努めている。 | 利用者の気持ちに配慮しながら、その人にあわせた暮らしができるように支援がなされている。一人ひとりとは違うということを職員が認識し、これまでの習慣ややりたいことを制限しないケアが実践されている。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 日常生活の会話、表情を読み取りカンファレンスを行って支援している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 利用者様のペースに合わせたカンファレンスを適宜実施し、その都度適切な支援をしていくように努めている。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している | その人に合った洋服選びを一緒に提案し、頭髪は定期的に施設内での散髪や、家族支援による美容室での散髪をおこなっている。毎日清潔で、身だしなみを整える支援を行っている。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 個々の利用者様が出来る事に協力しあい、職員と一緒に配膳や片付けを行っている。又、利用者様に調理を手伝っていただくことで、意欲の低下を防いでいる。 | 利用者一人ひとりの力に合わせて、洗い物や食材を刻むことなどを職員と一緒にこなしている。個々の嚥下能力にも配慮した食事提供もなされており、利用者「食事が楽しい」と感じていただけるよう支援がなされている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 一人ひとりの既往歴によって食事量をコントロールしたり、きざみやペースト食にも対応している。また、水分等中々取れない方には、ゼリーやプリン等での栄養補給も行っている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後全員の口腔ケアを実施しており義歯洗浄も1日1回必ず行っている。又、訪問歯科医に指導をして頂いている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---|--|--|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている | リズムを見つけ、言葉やサインを見分けてこまめにトイレ誘導を行い定期的に排泄できる様支援している。(チェックリストの活用) | 利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、適宜、声かけやトイレ誘導が行なわれている。様々な工夫を行ったことで、紙パンツから布パンツへ変更になった利用者が多くなり、自立に向けた支援につながっている。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 水分補給の把握、体を動かす運動を実施し、乳製品などを活用して対応している。(下剤も含む) | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 入浴は毎日行い、利用者様のバイタルを把握し健康に注意しながら入浴を進めている。また、職員とのコミュニケーションを深めるような場面になっている。 | 個々の希望と能力に応じて、一人での入浴を希望する利用者には、家族の了承を得ながら、見守りや声かけで対応するなど、利用者がゆっくり入浴を楽しんでいただけるよう配慮がなされている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 個人の居室が用意され自由に出入りでき好きな時間に休息が可能。しかし、日中傾眠されている方に関しては夜間にゆっくりと安眠できるよう声掛けをし起きているように支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 各利用者毎に誰が見ても分かるよう表示しており、各担当者が責任を持って準備を行う。又、薬一覧表にて用途など表示し、確認しあっている。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 各利用者様の趣味に合った物を支援し刺激を与え、笑顔になり褒める事で楽しみや生き甲斐を感じ不安を解消できるよう日々、介護職員で話し合い対応している。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 毎日の散歩が日課であり個々に歩く早さや距離が違う為、その人に応じた散歩に取り組んでいる。また、月に1度の外出レクにより、ドライブや外食に出掛けているが、個別に出掛ける事は中々来ていないのが現状である。 | 職員と一緒に服を買いに行ったり、外食をするなど日常的に外出は行なわれている。利用者の重度化に伴ない、集団外出が困難になってきた利用者には、ボランティアや家族の力を借りて個別の外出支援を実現したいと考えられている。 | 地域との交流や利用者の気分転換としても外出は楽しみの一つである。特に重度化した利用者個々の外出支援に対して、ボランティアや家族の協力などの方法を検討され、実現されることに期待したい。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している | 利用者様のお小遣いを把握すると共に、管理しながら、必要なときに使用出来るように支援している。買い物に行った際は、出来るだけ本人から支払える環境を作っている。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている | 電話については、家族の負担にならないように配慮しながら対応している。また、本人の混乱を引き起こさないように家族と検討しながら支援している。手紙のやり取りについては、必ず年に2回は全員が手紙を書けるように支援している。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 四季折々の壁画作りに取り組み、作品を展示している。また、室内に草花が絶えないように飾り、匂い等を感じられる環境づくりを行っている。 | 季節感を大切にされた作品が飾られている。年代に応じた音楽をかけたり、利用者が不快な気分や混乱を起こさないように、落ち着いた環境作りへの工夫が図られている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | リビングのソファは、自由に利用出来る空間となっており、気の合った同士でテレビを見たり、新聞を読んだりしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居する際に、出来るだけ馴染みの物を持ち参して頂き、好みの空間にレイアウトし、自宅で過ごしている感覚で過ごせるように支援している。 | 面会時に家族が持ってこられた花を飾ったり、家族の写真が飾られていたり、個々の利用者の好みを反映した居室作りがなされ、安心して落ち着いて暮らせるように配慮されている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | トイレや居室の文字などは大きく見やすくし、利用者様が分かりやすい状態にしている。また、ベランダもバリアフリーで、利用者様自ら選択物が干せるようになっている。 | | |

(別紙4(2))

事業所名 加須グループホームそよ風

目標達成計画

作成日: 平成 23年 9月 15日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|--|--------------------------------------|--|------------|
| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1 | 35 | <災害対策> 近隣の方や消防団等の参加型の訓練が行われていない。 | 地域の方を巻き込みながら、災害対策を検討すると共に、合同訓練を実施する。 | 自治会や民生委員の方へ内容を説明し、合同の訓練の参加を呼びかける。又、消防署等へも協力をあおぐ。 | 12ヶ月 |
| 2 | 49 | <日常的な外出支援> 利用者様の重度化に伴い、中々外出する事が出来なくなっている。 | 全員の方が同じ頻度で外出が出来る様にする。 | ご家族やボランティアへ協力を仰ぎ、多くの外出支援に取り組んでいく。 | 12ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。